№ 37. Wien, Freitag den 14. September 1860. VI. Jahrg.

Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium
der
medicinischen Facultät in Wien.
Redigirt von Prof. Dr. **v. Patruban** und Docenten Dr. **Drasche.**

Ein zweckmässig verbesserter Zahnschlüssel.

Mitgetheilt von Dr. ***Josef Kadelburg,*** *k. k. Oberarzt.*

Herr Collega Dr. Skrabal übergab mir freundlichst das in Rede stehende Instrument, damit ich dasselbe in der Praxis prüfe und bei günstigen Erfolgen nutzbringend der Oeffentlichkeit übergebe. Herr Dr. S. erhielt das Instrument von einem Parmesanischen Major mit der Bemerkung, dass sich dieses Instrument bei einzelnen Zahnärzten in der Schweiz seit einiger Zeit eines guten Rufes erfreue.

So viel eben weiss ich über den Ursprung des Instrumentes; ich erkannte dasselbe sogleich als vorzüglich brauchbar und da dieser Zahnschlüssel weder den in Wien prakticirenden Zahnärzten, noch dem mit der Anfertigung neu erfundener Instrumente vielseitig beschäftigten Instrumentenmacher Leiter bekannt war, entschloss ich mich auf die Gefahr hin, das Anathem der zahlreichen Collegen, welche den Schlüssel gänzlich aus dem dentistischen Armamentarium entfernen zu müssen glauben, auf mich zu laden, dieses Instrument zu veröffentlichen, angeeifert zum Theil dadurch, dass, wie mich meine Erfahrung belehrte, diesem Zahnschlüssel zwei besondere Vorzüge vor dem bisher üblich gewesenen zukommen, welche von jedem unbefangenen Zahnoperateur anerkannt werden dürften.

Die Wirkungsweise des Instrumentes ist unserem gewöhnlichen Zahnschlüsssel gleich, er wirkt nach den Gesetzen des Hebels; auch der Bart mit dem Hacken könnte nach Gutdünken beliebig abgeändert werden; in allen übrigen Eigenschaften übertrifft er vortheilhaft den gegenwärtig gebräuchlichen Garengeot'schen Schlüssel.

Das Instrument, wetches die Länge von 6 Zoll hat, besteht

Fig. 1.

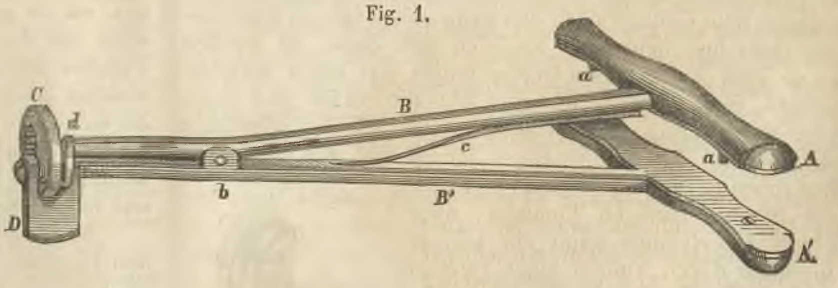
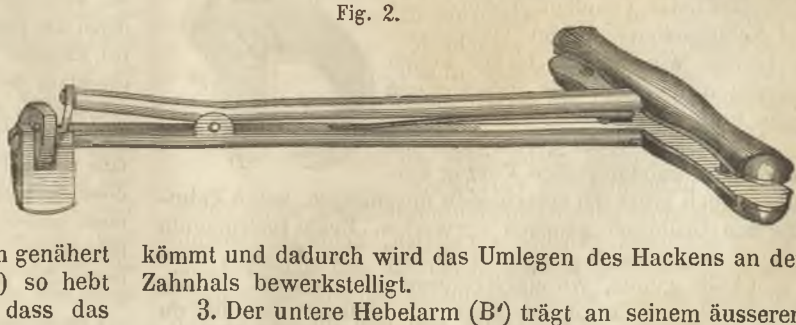


Fig. 2.



1. aus zwei Handhaben (A A' in *Fig. 1*, welche das Instrument in halber Grösse zeigt), welche einander soweit genähert werden können, bis die zwei an der unteren Fläche der oberen Handhabe (A) angebrachten Eisenstifte (a a') auf die obere Fläche der unteren Handhabe (A') sich anstemmen.

2. Aus zwei Hebeln (B B'), welche am vorderen Dritttheile mit einem Zirkelschlosse (b) beweglich verbunden sind. Der obere Hebel trägt an seiner unteren Fläche eine federnde Zunge (c), die auf der ihr zugekehrten Fläche des unteren Hebelarmes B' spielt. Der obere Hebel ist etwas kürzer als der untere und trägt an seinem äusseren Ende einen Gelenksteller (d), welcher mittels einer Schraube (a in *Fig. 4*) daselbst festgehalten wird und welcher an seinem Hackenende einen vorragenden Stift trägt, der in etne Oeffnung des Hacken (C) hineinpasst. Wird nun der obere Hebel dem unteren genähert (*Fig. 2* stellt diese Phase der Handhabung dar) so hebt sein kürzerer Arm sich im Zirkelschlosse so, dass das Hackenende mit dem Gelenkträger nach aufwärts zu stehen kömmt und dadurch wird das Umlegen des Hackens an den Zahnhals bewerkstelligt.

3. Der untere Hebelarm (B') trägt an seinem äusseren Ende den Schlüsselbart (D), an welchem die Hacken (C)

mit Hilfe einer Schraube befestiget werden. *Fig. 3* zeigt von vorne her gesehen in natürlicher Grösse die Stellung des Hackens bei entfernten, *Fig. 4* dasselbe bei einander möglichst genäherten Handhaben, D den Bart des Schlüssels, a die Schraube für den Gelenksteller, b jene zur Befestigung des Hackens. Es legt sich nun bei Andrückung der durch den nach aufwärts tretenden Gelenksstelle nach abwärts im Kreise sich bewegende Hacken (C) an den betreffenden Gegenstand auf eine Art an, wie wir es bisher mit Zuhilfenahme der Finger zu vollführen gewohnt waren. Darin liegt der erste Vorzug des Instrumentes. Man führt nämlich diesen Schlüssel mit einer Hand leicht in die Mundhöhle bis zur erwünschten Stelle, während der gewöhnliche bei der Einführung zweier Hände bedarf, und da jetzt die Anpassung mit einer Haud bewerkstelligt werden kann, so sieht man genau die Anlegung des Hackens, was zuvörderst das Gute bietet, dass man nicht leicht einen unerwünschten Zahn anhackt und ferner, dass man den Ort des Ergreifens des Hackens genau beschauen kann,

Fig. 3.



Durch die erwähnten Vorzüge gewinnt man also die Uebersicht über den ganzen Vorgang. Diese Errungenschaft ist eine sehr schätzenswerthe, denn der Ueberblick des Vorganges bei der Entfernung von Zähnen ist nicht zu umgehen, indem nur dadurch unangenehme Ereignisse hintanzuhalten sind. Der Vorzug der Zangen vor dem Schlüssel leuchtet schon aus diesem Grunde von selbst ein.

Ich habe nun noch gegen den Einwurf mich zu verwahren, dass durch das feste Andrücken der Handhaben der Hebel, der Hacken des Schlüssels den Zahn zu fest umfassen und in solcher Art den Zahn sprengen könne. Diess kommt auch bei Anwendung der Zange und der gewöhnlichen Schlüssel vor, wenn der Operateur eben seine Kraft abzuwägen und die Drehbewegungen gehörig einzuleiten sich nicht eigen gemacht hat. Legt man das Instrument an, rotirt man nach der gutgefundenen Seite, während man zugleich dem Gefühle nach den Zahn entsprechend umklammert hält und hebt man zugleich den Zahn, so werden die so sehr gefürchteten Quetschungen gar leicht verhütet werden. Selbstverständlich sind für die rechte und linke Seite zwei verschiedene Gelenkssteller nöthig; allerdings hält dann die Einstellung etwas länger auf, weil eben zwei Schrauben (a und b in *Fig. 4*) zu lösen und frisch anzulegen kommen, aber diesem Uebelstande kann ein eifriger Operateur durch Ankauf eines zweiten Schlüssels leicht abhelfen. Andererseits sind Schlüsselhacken von verschiedener Grösse wie bei den bisher üblich gewesenen Schlüsseln für verschiedene Zähne nothwendig.

Fig. 4.



Ich gestehe recht gerne, dass ich den Zangen unbedingt den Vorzug einräume; doch muss ich entschieden missbilligen, wenn Zahnärzte den Schlüssel gänzlich verwerfen. Beide Instrumente passend angewendet, krönen sicherlich den Erfolg. Denn es gibt Fälle genug, wo der Schlüssel seinen Platz würdig ausfüllt, abgesehen davon, dass von den aus der älteren Schule hervorgegangenen Dentisten noch sehr Viele beim

Schlüssel aufgezogen worden sind; man bedenke die Chirurgen auf dem Lande, welche grösstentheils auf chirurgischen Officinen und in den Filialen der barmherzigen Brüder sich eingeübt haben. Wenn Elias in Hamburg gesteht, mit seinen vier Zangen vollends auszureichen (siehe Mittheilnngen des Vereines deutscher Zahnärzte III. Heft, Seite 117), so beweist diess eben, dass die Uebung den Meister macht, da sich andere Zahnärzte unter einem Dutzend englischer Zangen nicht zu helfen wissen.

Der Schlüssel ist übrigens zufolge allerhöchster Entschliessung vom 5. Juli 1851 Circular-Verordnung vom 30. October 1851. D. 5010 als ein nothwendiger Bestandtheil des chirurgischen Besteckes für die Feldärzte vorgeschrieben. Beim Militär spielt er eine grosse Rolle und leistet auch in geschickter Hand gewiss das Seinige. Da der grossentheils von dem Lande her recrutirte gemeine Mann gemeiniglich mit festem Gebisse iu den Soldatenstand tritt, und auch bei erworbener Caries eines Zahnes nicht zu warten pflegt, bis die Natur durch die Lockerung der Wurzel dem Zahnarzte die Entbindung erleichtert, so kommen gerade dem Feldarzte in der Regel ganz ungewöhnlich fest sitzende und gehörig eingewurzelte Zähne vor; in diesem Sinne kann ich den hier geschilderten Schlüssel bestens empfehlen und ich werde nicht Anstand nehmen, dessen Aufnahme in unser Instrumentarium zu bevorworten.

Mittheilungen.

A. Aus der gerichtsärztl. Praxis psychiatrischer Section.

Bemerkungen*)

über den vom Herrn k. k. Landesgerichtsarzte Dr. Haschek in Nr. 35 und 36 dieser Zeitschrift aus der gerichtsärztlichen Praxis mitgetheilten Fall von Zurechnung bei einem angeblich Epileptischen.

Von Dr. ***Moritz Haller***, k. k. Landesgerichtsarzte für die psychiatrische Section.

Suum cuique. — —

Der wundärztlichen Section eine Frage über psychische Zurechnungsfähigkeit vorgelegt? Kann etwa Herr Dr. Haschek die Krankheiten des menschlichen Geistes mit dem anatomischen Messer demonstriren? Oder senkt er die chirurgische Sonde in das Menschenherz, um die geheimsten Falten desselben zu entdecken und das Gesunde vom Kranken daselbst zu unterscheiden? Ich kenne die chirurgischen Hilfsmittel nicht, die zur Lösung dieser Frage in Anwendung gebracht worden sein mochten, aber das weiss ich, dass die vorliegende Begutachtung dieses Strafrechtsfalles nicht nach den Grundsätzen und Erfahrungen der psychiatrischen Wissenschaft erledigt worden ist und werde die Richtigkeit dieser meiner Behauptung im Interesse der Wissenschaft und der Rechtspflege in folgendem nachweisen

Die Beantwortung der gerichtsärztlichen Frage, ob bei einem Inquisiten Epilepsie und in deren Folge Geistesstörung zugegen sei, kann nur durch die genaue Beobachtung desselben, und zwar durch sehr lange Zeit fortgesetzt, erledigt werden, weil es keine anderen Kriterien des Vorhandenseins der Epilepsie gibt, als die Beobachtung des epileptischen Anfalles selbst. Die Dauer der Beobachtungszeit zu diesem Zwecke richtet sich daher immer nach den längeren oder kürzeren Intervallen der angeblich epileptischen Anfälle und soll das Nichtvorhandensein der fraglichen Krankheit durch diese Beobachtung constatirt werden, so muss dieselbe einen Zeitraum umfassen, während welchem wenigstens ein oder zwei Anfälle erfolgt sein müssten. Nun gibt der Angeklagte an, dass in der letzten Zeit seine Anfälle in je drei Wochen einzutreten pflegten; die

*) Die Redaction erklärt sich bezüglich dieser eingesendeten Bemerkungen ausser Verantwortung.

Beobachtungszeit desselben im Inquisitenspitale, welche dem Parere der Aerzte desselben zu Grunde liegt, dauerte aber nur 14 Tage (vom 30. April bis zum 13. Mai) und dennoch basiren die Gerichtsärzte ihren Ausspruch, dass bei dem Inquisiten von den Kunstverständigen kein epileptischer Anfall beobachtet worden sei, nur auf das genannte Parere. Die Gerichtsärzte selbst scheinen den Kranken nur einmal durch längere Zeit gesprochen, aber in Beziehung auf seine fraglichen epileptischen Anfälle nie beobachtet zu haben, da eben in dem Berichte über ihren Befund und im Gutachten immer nur von einer mehrstündigen Besprechung, nie aber von einer länger andauernden Beobachtung in Beziehung auf die epileptisehen Anfälle die Rede ist. Die Gerichtsärzte haben daher ihre Hauptaufgabe zur möglichst sicheren Erledigung dieser Frage, ob der Untersuchte nämlich an Epilepsie leide, durch die Verabsäumung der selbstständigen und längeren Beobachtung desselben gar nicht erfüllt, wodurch dann die ganze Haltung des Gutachtens eine unsichere und schwankende geworden ist und auch werden musste.

In dem Berichte über den gerichtsärztlichen Befund vermissen wir die Fragestellungen an den Untersuchten und dessen Antworten, seine Aesserungen, Anschauungen und seine Auffassung der Aussenverhältnisse, ja überhaupt den ganzen psychologischen Theil des Befundes, aus welchem wir den Gemüths- und Geisteszustand des Inquisiten zu beurtheilen im Stande wären, und auf die einzige psychologische Berichterstattung, »er macht durch den meist zu Boden gesenkten Blick und seine traurige Miene den Eindruck eines unglücklichen moralisch gebeugten Menschen«, muss ich den Herrn Gerichtsarzt wundärztlicher Section fragen, welche sind denn die Kriterien, durch die er unterscheiden kann, ob einem zu Boden gesenktem Blicke und einer traurigen Miene moralisches Unglück oder eine krankhafte melancholische Verstimmung zu Grunde liege?? —

Die im Gutachten enthaltene Beantwortung der Frage 1., dass die Fallsucht bei dem Untersuchten weder durch Zeichen seines Körpers oder Geistes, noch durch das Zeugniss eines Kunstverständigen als zweifellos constatirt werden konnte, ist ganz unrichtig, weil es ausser dem epileptischen Anfalte selbst kein Zeichen des Körpers oder des Geistes für das Bestehen einer Epilepsie gibt, und weil die Kunstverständigen vielleicht nur desshalb die Epilepsie nicht constatiren konnten, weil ihre Beobachtungszeit zu kurz war und die Gerichtsärzte selbst in dieser Beziehung gar keine derartigen Beobachtungen angestellt haben.

Ad Frage 2 wird mehr geantwortet als gefragt wurde, indem nur gefragt wird, ob der Untersuchte kurz vor der begangenen That mit Epilepsie behaftet war und dadurch eine Geistesstörung bei ihm veranlasst worden sei; die Antwort aber lautet, dass weder durch die Krankheit (die Epilepsie) im Allgemeinen, noch speciell durch den letzten Anfall auf die geistigen Thätigkeiten des Inquisiten eine nachtheilige Wirkung hervorgebracht wurde. Allein omne nimium nocet sagt schon ein altes Sprichwort und auch hier hat das zu viel Antworten zu falschen Argumentationen geführt, indem im gleich darauf folgenden Absatze argumentirt wird, dass die von Dr. N. unmittelbar nach geschehener That beobachteten Symptome, die auf eine mögliche, geistige Störung deuten, durch das Parere der Inquisitenspitalsärzte, durch das Benehmen des Angeklagten bei den gerichtlichen Vernehmungen und endlich durch die Untersuchung der Gerichtsärzte als unstatthaft widerlegt worden seien, welche Argumentation aber ganz falsch erscheint, wenn es sich nur handelt um die Frage, wie dieselbe vom Gerichte gestellt wurde, ob bei dem Untersuchten zur Zeit der That ein epileptischer Anfall mit dadurch bedingter vorübergehender Geistesstörung stattgefunden habe, weil dann leicht erklärlich wäre, wenn wirklich ein solcher Anfall stattgefunden haben sollte, dass Dr. N. gleich nach der That krankhafte Symptome vorgefunden haben konnte, welche aber spätere Beobachter nach längerer Zeit des in Frage stehenden Anfalles nicht mehr wahrnehmen konnten.

Die Beweisführung, dass, weil der Angeschuldigte angibt, wegen seiner epileptischen Anfälle nie von einem Arzte beobachtet oder behandelt worden zu sein, das Zeugniss des Regimentsarztes Dr. M. vom Jahre 1846, nach welchem der Untersuchte an Epilepsie leidet, lediglich auf die Angaben desselben gegründet sei und daher einer objectiven Beweiskraft thatsächlich entbehre, erscheint sehr sonderbar; als wenn der Untersuchte nicht etwa vergessen haben konnte, dass er vor 13 Jahren einmal durch kurze Zeit von einem Arzte beobachtet worden sei, oder als wenn es nicht möglich wäre, dass ihn Regimentsarzt Dr. M. während eines epileptischen Anfalles beobachtet hatte, wo er bewusstlos war; und wenn schon ein Widerspruch zwischen der mündlichen Angabe des Untersuchten, bei dem eine Geistesstörung vermuthet wird und der zeugenmässigen schriftlichen Aussage eines beeideten Arztes auch stattfinden sollte, so muss man fragen, mit welchem Rechte schenkte der Herr Gerichtsarzt mehr Glauben der Aussage des Untersuchten als der des unbescholtenen Arztes? Die Annahme, dass dieses Zeugniss nur auf die Angabe des Untersuchten gegründet sei, käme ja nur einer Lügenstrafung des Zeugnissausstellers gleich? Es muss ausserdem befremden, dass im Laufe dieses Gutachtens bald auf die vorkommenden Widersprüche in den Angaben des Untersuchten und auf die Unglaubwürdigkeit desselben aufmerksam gemacht wird und bald wieder wichtige Behauptungen nur auf dessen Aussagen basirt werden. Es ruht überhaupt der ganze Schwerpunct dieser ganzen Begutachtung mehr auf einem unhaltbaren und seichten Raisonnement, als auf einer gediegenen, umfassenden und selbstständigen Beobachtung von Seite des Gerichtsarztes.

Es heisst ferner in diesem Gutachten: »Auch findet sich in der 13 Jahre langen Zeitperiode weder ein durch den Angeschuldigten selbst angegebener noch durch glaubwürdige Zeugen erwiesener Moment einer an M. K. beobachteten Seelenstörung vor.« Wer wohl glaubt, dass in Folge der Epilepsie nur Aufregungszustände, Tobsuchtanfälle, Zorn- und Wuthausbrüche statthaben können, und wer vielleicht der Meinung ist, dass nur vollständige Ideenverwirrung und gänzliche Bewusstlosigkeit seiner selbst und der verübten verbrecherischen That die Unzurechnungsfähigkeit bedingen, der wird wohl in den erhobenen Daten keinen Anhaltspunct für das Bestehen einer solchen Störung bei dem Inquisiten vorfinden; wem aber aus psychiatrischer Erfahrung bekannt ist, dass bei Epileptischen sehr häufig, besonders durch eine Zeit nach dem erlittenen Anfalle eine krankhaft melancholische Gemüthsstimmung platzgreift, und dass dadurch die freie Selbstbestimmung aufgehoben werden und ein krankhaftes Motiv zu einer verbrecherischen Handlung, wenn auch diese mit Bewusstsein verübt würde, entstehen könne, und dass diese Seelenzustände gleichfalls die Zurechnungsfähigkeit aufheben, der wird in den Angaben dieses Angeklagten selbst, sowie in den Zeugenaussagen manche Andeutung finden, die wenigstens das Vorhandensein einer Geistesstörung zur Zeit der verübten That möglich macht; und selbst eine blosse Möglichkeit einer vorhanden gewesenen Geistesstörung, besonders bei einem Epileptischen, legt in einem Strafrechtsfalle dem Gerichtspsychiater als heiligste Pflicht auf, auch dieser blossen Möglichkeit in seiner Begutachtung Rechnung zu tragen. Diese Andeutungen einer möglicherweise bestandenen Geistesstörung bei diesem Untersuchten finden sich in folgenden Zeugenaussagen und Angaben des Beschuldigten selbst vor. Sein Chef A. E. gibt an, K. habe keine besonderen Geistesfähigkeiten bewiesen, er habe einen schweren, unwilligen Kopf und gewisse fixe Ideen, von welchen man ihn schwer abbringen konnte. Zeuge A. Z. gibt an, K. war in den letzten vier Wochen gegen seine Collegen einsilbig, oder überhaupt betrübt und er erschien ab-

gemattet. Dr. N. findet an ihm, kurz nach der That, einen wehmüthigen Gesichtsausdruck und eine düstere Gemüthstimmung. Der Untersuchte gibt an, einige Tage vor und nach einem jeden Anfalle Kopfdrücken und Schwindel zu haben, matt, verdriesslich und vergesslich zu sein, daher auch seine letzte verbrecherische That vergessen zu haben; und eben so könnten die ihm zur Schuld gelegten häufigen Widersprüche in seinen Angaben vielleicht nur einer vorhandenen Gedächtnissschwäche zuzuschreiben sein.

Dass die von dem Untersuchten begangene, verbrecherische That (der Diebstahl) nicht im Zustande einer in Folge von Epilepsie entstandener Geistesstörung, wie dessen Vertheidiger annimmt, verübt worden sei, will Herr Dr. Haschek dadurch beweisen, weil sie sich von den meist gewaltsamer Art verübten Verbrechen der Epileptiker noch dadurch unterscheidet, dass die Beweggründe zu derselben, wie Inquisit selbst gesteht, Rach- und Habsucht waren, dass Epileptiker sich wohl bestreben, anderen zu schaden, ohne aber sich selbst materiell nützen zu wollen, und dass der Entschluss zu dieser That nicht durch eine momentane, leidenschaftliche Aufregung gefasst, sondern ganz planmässig angelegt und verfolgt wurde. Welch einen Mangel an psychiatrischen Erfahrungen und Anschauungen beurkundet diese Beweisführung! Tragen etwa nur gewisse Verbrechen pathognomonische Merkmale an sich, durch die man die Geistesstörung des Verbrechers diagnosticiren kann, und können etwa Verbrechen anderer Art, wie sie auch der Gesunde verübt, von Geisteskranken nicht vollbracht werden? Ist nicht ein schon constatirter Geisteskranker für jedes von ihm begangene Verbrechen selbst dann noch unzurechnungsfähig, wenn er auch selbst Rach- und Habsucht als die Motive seiner Handlung angeben sollte? Wird nicht in der criminalärztlichen Praxis die Erscheinung häufig beobachtet, dass Geisteskranke aller Art, selbst die durch Epilepsie geisteskrank Gewordenen nicht ausgenommen, das Verbrechen des Diebstahls begehen und hat die Häufigkeit des Vorkommens dieser Erscheinung nicht bei denjenigen Psychiatern, die noch Monomanien annehmen, zu der Annahme einer Kleptomanie Veranlassung gegeben? Sind die wirklichen Kleptomanen, wenn sie auch ihrer Habsucht fröhnen, nicht dennoch unzurechnungsfähig, weil sie wegen ihrer unrichtigen Auffasssung, ihrer mangelhaften Selbstbestimmung und wegen Mangel an Willenskraft nicht mehr im Stande sind, ihren sinnlichen Begierden Zügel anzulegen? Zeigen etwa Geisteskranke, seien sie in Folge von Epilepsie oder durch andere ätiologische Momente solche geworden, nur in erregten Affecten Neigung zu gesetzwidrigen Handlungen und muss man nicht vielmehr oft die Schlauheit, die List, die Planmässigkeit und den Scharfsinnn bewundern, mit welchen sie ihre strafbaren Handlungen vorbereiten, zu denen sie durch wahnwitzige Motive veranlasst worden sind?

Ich kann mich schliesslich auch noch folgender Bemerkung nicht erwehren. »Alles schickt sich nicht für Alle«, sagt schon der weise Göthe. In neuerer Zeit haben auch die Aerzte diesen wahren Grundsatz erkannt und theilten sich desshalb in verschiedene Specialitäten der Medicin, so dass der eine diesen, der andere jenen Zweig derselben cultivirt, damit jeder in seinem Fache Erspriessliches leiste und erfahre. Diesen Fortschritt machten aber nicht nur die Aerzte in ihren selbstständigen Forschungen, sondern auch die Rechtspflege, wo sie der Heilkunde bedurfte, strebte in neuerer Zeit demselben Ziele zu, specielle Fachbildung nämlich auch bei den Gerichtsärzten einzuführen, weil sie einsah, dass bei dem heutigen Standpuncte der medicinischen Wissenschaft das medicinische Doctor-Diplom nicht zu jeder ärztlichen Beurtheilung schon befähige. Von dieser Idee geleitet, wendete sich das erleuchtete Präsidium des hohen Wiener k. k. Landesgerichtes im Jahre 1857 an das medicinische Doctoren-Collegium, dass dasselbe ihm Aerzte, die das Vertrauen ihrer Körperschaft besitzen, nach ihren verschiedenen Fähigkeiten für das Fach der Psychiatrie und das der Chirurgie vorschlagen möge. Der Vorschlag des Collegiums wurde erstattet und vom hoh. Landesgerichte genehmigt und die Vorgeschlagenen wurden nach ihren verschiedenen Fächern, die Einen für psychiatrische, die Anderen für chirurgische Fälle, als Landesgerichtsärzte ernannt. Erschienen schon im Jahre 1857 die Mitglieder einer jeden Section nach dem Ausspruche der ärztlichen Körperschaft selbst für ihr Fach befähigt, so muss diese ihre Befähigung so wie das Vertrauen der Behörde zu derselben durch ihre im Laufe dieser Jahre zahlreich gewonnenen Erfahrungen noch grösser geworden sein, so dass nunmehr keiner in seinem Fache mit ganzer Beruhigung des Gerichtes durch einen ausserhalb dieser Section stehenden Arzt ersetzt werden kann. Wer daher von den Mitgliedern der einen Section Functionen der andern übernimmt, der handelt gegen das Interesse und den Fortschritt der Rechtspflege, gegen die Tendenz und Bestimmung des hohen Landesgerichtes, gegen den Ausspruch und das Urtheil seiner eigenen Körperschaft und gegen alle Collegialität. Die Mitglieder der psychiatrischen Section haben, trotzdem, dass die Gelegenheit zu dieser ungeziemenden Handlung auch ihnen schon geboten war, eingedenk der eben erwähnten zahlreichen Pflichten und Rücksichten, sich einer solchen nie schuldig gemacht und waren stets selbst von der Ueberzeugung durchdrungen, dass sie wohl als Doctoren der Medicin nach dem Buchstaben des Gesetzes zu jeder gerichtlichen Begutachtung berechtigt seien, dass aber dieser Buchstabe schon veraltet und ein todter geworden sei und dass im Geiste der heutigen Medicin eine solche Berechtigung noch nicht auch die Befähigung dazu involvirt.

B. Aus der gerichtsärztlichen Praxis wundärztl. Section.

Neugebornes Kind. — Extravasat innerhalb der Schädelhöhle bei gleichzeitigen Hautaufschärfungen und Sugillationen am Halse. — Gewaltsame Todesart.

Mitgetheilt von Prof. Dr. ***Maschka*** in Prag.

F. K., 29 Jahre alt, Dienstmagd, wurde schwanger, verläugnete jedoch diesen Zustand, obgleich derselbe von ihrer Umgebung bemerkt worden war. Seit Weihnachten 1858 litt sie an Wechselfieber und es sollen die Anfälle desselben anfänglich immer über einen Tag, später aber täglich aufgetreten sein. Um sich von diesem Fieber zu helfen, trank sie Branntwein mit Gewürz, was ihr aber nichts nützte. Am 2. Mai 1849 wurde sie gleichfalls vom Fieber befallen und fiel am 3. Mai Morgens, als sie im Begriffe war, sich auf den Boden zu begeben, über 12 Stufen herab. In Folge dieses Falles war sie durch einige Secunden ohnmächtig und wurde von ihrem Dienstherrn ins Zimmer getragen. Daselbst verblieb sie nicht lange, sondern begab sich zwischen 8—9 Uhr Morgens abermals auf den Boden, um sich niederzulegen. Nach einer Weile stellten sich Schmerzen ein, welche sie zwangen, herumzugehen. Um 10 Uhr Vormittags gieng aus den Geschlechtstheilen etwas Blut ab und gegen $^1/_2$11 Uhr floss das Fruchtwasser ab, demungeachtet will sie aber noch immer nicht gewusst haben, dass sie gebären werde. Gegen 11 Uhr empfand sie im Unterleibe einen Zwang, in Folge dessen sie die Füsse auseinanderstrecken musste, und als sie diess gethan, soll in stehender Stellung das Kind geboren worden sein. Zu Folge ihrer Aussage soll der Kopf des Kindes zuerst hervorgekommen sein und sie will diesen auch deutlich gefühlt haben, rührte jedoch denselben nicht an und leistete auch gar keine Selbsthilfe, um das Kind hervorzuziehen. Während dem sei sie ohnmächtig geworden und das Kind auf einen Holzbalken, über welchen sie gerade stand, gefallen; als sie zur Besinnung kam, soll das Kind bereits todt gewesen sein. Die Angeklagte gibt ferner an, dass sie das todte Kind neben sich auf das Strohlager legte, dasselbe aber der

mittlerweile herbeigekommenen anderen Dienstmagd, welche ihr Suppe brachte, nicht zeigte, sondern derselben sagte, dass sich ihre seit vier Jahren ausgebliebene Menstruation wieder eingestellt habe. Um 1 Uhr Nachmittags soll die Nachgeburt abgegangen sein, und am Morgen des nächsten Tages (4. Mai) wickelte sie das Kind, welches bis dahin im Stroh verborgen war, sammt der Nachgeburt in einen Fetzen und legte dasselbe in eine Truhe, wo dasselbe am 7. Mai vorgefunden wurde. F. K. gab übrigens an, dem Kinde kein Leid zugefügt zu haben und auch nie die Absicht gehabt zu haben, dasselbe zu tödten, indem sie Willens gewesen sei, dasselbe, falls es am Leben geblieben wäre, zu ihrer Mutter zu tragen.

Bemerkt muss noch werden, dass am 6. Mai die Hebamme M. B. die Angeklagte, von welcher es hiess, dass sie geboren habe, untersuchte und hiebei fand, dass dieselbe längstens vor 3—4 Tagen entbunden haben müsse, was K. anfänglich läugnete und später bloss zugab, dass von ihr ein Stück verfaultes Fleisch abgegangen sei.

Bei der am 9. Mai vorgenommenen Obduction fanden Dr. S. und Wundarzt P.: Eine weibliche Kindesleiche, welche $18^1/_2$ Zoll lang, 5 Pfund 4 Loth schwer war. Die Nabelschnnr war 6 Zoll lang, am freien Ende gezackt, das Kopfhaar dicht, $1^1/_2$ Zoll lang, die Knorpeln ausgebildet, die Nägel über die Spitzen der Finger vorragend, überdiess am Körper zahlreiche Wollhaare und Spuren des käsigen Ueberzuges. In der linken Stirngegend befand sich eine Sugillation, welche $^1/_4$ Zoll im Durchmesser betrug, an der Mitte der Oberlippe, der Nasenspitze und am Kiene befanden sich gleichfalls sugillirte, 2 Linien im Durchmesser betragende Stellen. Diese Sugillationen beschränkten sich bloss auf die Hautdecken, und unterhalb derselben wurde weder im Zellgewebe, noch an den Muskeln, noch an den Knochen eine Verletzung wahrgenommen. In der vorderen Halsgegend wurden sowohl vorne als seitwärts röthliche Puncte wahrgenommen, überdiess in der unteren Gegend des Halses ein halbkreisförmiger, anderthalb Linien breiter, aufgeschürfter Eindruck, und seitlich 2 längliche und ein halbkreisförmiger, röthlicher, gleichsam von einem Fingernagel herrührender Eindruck bemerkt. Alle Körpertheile waren sonst proportionirt, die Fettbildung reichlich, am After etwas Kindspech vorgetreten. Der gerade Durchmesser des Kopfes betrug 4 Zoll, der quere 3 Zoll, der lange 5 Zoll, der Querdurchmesser der Brust $3^3/_4$ Zoll, der gerade 3 Zoll; in der Nase und Mundhöhle wurde kein fremder Körper wahrgenommen. Die Kopfhaut war blutreich, die innere Fläche derselben in der Scheitelgegend an einer runden, anderthalb Zoll im Durchmesser betragenden Stelle sugillirt, überdiess fand sich in der Scheitelgegend, sowohl ober- als unterhalb der Beinhaut etwas extravasirtes Blut vor, die Schädelknochen waren jedoch gänzlich unverletzt. Die Hirnsubstanz war normal, die Gefässe der Hirnhäute von Blut stark ausgedehnt, am Grunde des Schädels und zwar links ein Blutextravasat wahrnehmbar. Nach Ablösung der Hautdecken in der vorderen Halsgegend wurde an der ganzen inneren Fläche derselben eine Sugillation bemerkt, welche sich bis in die Seitengegenden des Halses erstreckte. Der Ring- und Schildknorpel waren unverletzt, die Drosselvenen mit Blut überfüllt, die Schleimhaut der Luftröhre geröthet. Die Wölbung des Zwerchfelles stand zwischen der 6. und 7. Rippe, die Farbe der Lungen war blassroth, mit mehreren zinoberrothen Stellen durchsetzt. Beim Zerschneiden knisterten dieselben und beim Ausdrücken unter dem Wasser stiegen zahlreiche Luftblasen und röthlicher Schaum empor. Die Lungen schwammen sowohl allein, als in Verbindung mit dem Herzen, ebenso auch nach dem Auspressen. Die Lungen waren blutreich und auch das Herz, sowie die grossen Gefässe, mit Blut überfüllt. Der Magen, welcher einen eiweissartigen Schleim enthielt, war senkrecht gestellt, die dünnen Gedärme leer, der Dickdarm mit Kindspech gefüllt, die Urinblase leer. Die Nachgeburt bestand aus einem normal beschaffenen Mutterkuchen, mit welchem ein 12 Zoll langer Rest der Nabelschnur zusammenhieng, deren freies Ende gezackt erschien.

Die Aerzte gaben das Gutachten ab, dass das Kind neu geboren war, dass demselben zur vollkommenen Reife ungefähr noch drei Wochen mangelten und dass dasselbe nach der Geburt vollkommen geathmet hat. Bezüglich der Todesart äusserten sich dieselben dahin, dass der Blutreichthum des Gehirnes und das Extravasat in der Schädelhöhle auf das Stattgefundenhaben eines Schlagflusses hindeuten, dessen Entstehung in dem Geburtsacte und dem Sturze des Kindes zu suchen sein dürfte. Gleichzeitig seien jedoch Zeichen eines Stickflusses vorhanden gewesen, welcher, zufolge des Befundes am Halse, sich mit Gewissheit von einer gewaltthätigen Handlung und zwar einem Drucke mittels der Finger und Nägel herleiten lasse: die Todesart des Kindes sei somit ein Stickschlagfluss gewesen. Ob das Kind in Folge der Verletzungen am Halse oder in Folge jener am Kopfe gestorben sei, lasse sich nicht entscheiden; die Verletzung am Kopfe sei eine schwere und durch sie könne der Tod eher erfolgt sein als durch die Verletzung am Halse. Mit Bestimmtheit lasse sich jedoch nur behaupten, dass der Tod durch das Zusammenwirken aller Verletzungen sowohl am Kopfe als am Halse eingetreten sei.

Da dieses Gutachten dem Gerichte nicht befriedigend erschien, so wurde der Gegenstand an die medic. Facultät geleitet.

Gutachten.

1. Der mit dem Kindeskörper noch im Zusammenhange vorgefundene Rest der frischen Nabelschnur, sowie auch das Vorhandensein des von der Fäulniss noch nicht ergriffenen Mutterkuchens liefern den Beweis, dass das Kind der F. K. neugeboren war, während es gleichzeitig

2. die Länge, das Gewicht, die Durchmesser und sonstige Entwicklung des Körpers nicht bezweifeln lassen, dass dassolbe reif oder doch der vollkommenen Reife sehr nahe und auch fähig war, sein Leben ausserhalb der Mutter fortzusetzen.

3. Der Luftgehalt, der von der Fäulniss noch nicht ergriffenen Lungen, deren Farbe, Ausdehnung oder sonstige Beschaffenheit lassen es mit Gewissheit behaupten, dass das fragliche Kind nach der Geburt gelebt und geathmet hat, doch dürfte das Athemholen nicht lange gewährt haben, indem der Magen noch senkrecht gestellt und der Dickdarm mit Kindspech vollgefüllt waren.

Was nun die Bestimmung der Todesart dieses Kindes betrifft, so dürften hiebei nachstehende Umstände in Erwägung gezogen werden: Man fand zuvörderst bei der Obduction an der linkseitigen Grundfläche des Schädels ein Blutextravasat, welcher Zustand mit dem Namen Schlagfluss bezeichnet wird, und schon an und für sich geeignet ist, den Tod in kürzerer oder längerer Zeit herbeizuführen. Ein derartiger Blutaustritt setzt als Veranlassung seines Entstehens die Zerreissung eines oder mehrerer Blutgefässe voraus und kann durch jede mechanische Einwirkung, somit durch die beim Geburtsacte stattfindende Compression des Schädels, einen nach der Geburt erfolgten Sturz, sowie endlich auch durch mannigfache andere Gewaltthätigkeiten hervorgerufen werden. Mit Gewissheit zu bestimmen, durch welche Ursache dieser Blutaustritt im gegegenwärtigen Falle herbeigeführt wurde, ist nicht thunlich, doch wäre es, wie bereits erwähnt, immerhin möglich, dass der von der Kindesmutter angegebene Sturz des Kindes auf den Balken die Veranlassung desselben war und es konnten bei einem solchen Sturze die Blutaustretung in der Scheitelgegend, sowie endlich auch die unbedeutenden Sugillationen im Gesichte entstanden sein. Nimmt man aber auch an, dass dieses Extravasat durch den Sturz des Kindes bedingt wurde, so konnte der Tod desselben doch keinesfalls allsogleich darauf erfolgt sein, indem die Beschaffenheit der Lungen auf stattgefundenes Athemholen deuten, und es musste so-

nach das Kind nach dem Sturze noch einige Zeit gelebt haben, was übrigens der Erfahrung gemäss nicht selten vorkömmt.

Es wurden jedoch gleichzeitig am Halse des Kindes mehrere dem Eindrucke von Fingernägeln entsprechende Hautaufschärfungen und unter den Hautgebilden eine beträchtliche, bis in die Seitengegenden sich erstreckende Blutunterlaufung wahrgenommen, welche Erscheinung mit Gewissheit auf einen längeren, kräftigen, noch während des Lebens ausgeübten Druck auf den Hals schliessen lässt. Da nun die Kindesmutter die Vornahme einer jeden Selbsthilfe in Abrede stellt und angibt, das Kind bei der Geburt gar nicht berührt zu haben, so kann der erwähnte Befund nur durch einen nach der Geburt auf den Hals des noch lebenden Kindes und zwar zufolge der Beschaffenheit der Hautabschärfungen, ohne Zweifel mit den Händen und Fingern ausgeführten Druck bedingt worden sein, wofür übrigens auch der an der Leiche vorgefundene Blutreichthum der Lungen und des Herzens spricht. Ein derartiger kräftiger Druck auf die Halsgebilde vermag durch Behinderung des Luftzutrittes bei allen Menschen den Tod in der kürzesten Zeit herbeizuführen und war demnach um somehr geeignet, dem Leben eines neugebornen Kindes schon an und für sich und unabhängig von jenem Blutaustritte in der Schädelhöhle ein Ende zu machen.

Es wurde somit dargethan, das im gegenwärtigen Falle zwei verschiedene Momente vorhanden waren, von denen jedes schon für sich allein geeignet war, den tödlichen Ausgang zu bedingen. nämlich das mehrerwähnte Blutextravasat am Grunde des Schädels und sodann die Behinderung des Athemholens in Folge des auf den Hals ausgeübten Druckes.

Ist es nun auch nicht möglich, mit Gewissheit zu bestimmen, ob im gegebenen Falle der Druck auf den Hals den Tod für sich allein bewirkt hat, oder ob der Blutaustritt in der Schädelhöhle hierauf einen Einfluss genommen hat, so lässt sich doch mit vollem Grunde behaupten, dass im verliegenden Falle jedenfalls eine Handlung (der Druck auf den Hals) unternommmen worden war, welche vollkommen geeignet war, den Tod des Kindes der F. K. für sich allein unabhängig von jeder anderen Ursache schon seiner allgeinen Natur nach herbeizuführen und denselben auch höchst wehrscheinlich unabhängig von dem Extravasate verursacht hat, welches letztere übrigens möglicher Weise selbst nur eine Folge des auf den Hals ausgeübten Druckes und der hiedurch bedingten Blutstauung in der Schädelhöhle gewesen sein konnte.

Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende, bearbeitet von Dr. Maximilian Leidesdorf, Docent der Psychiatrie an der Wiener Hochschule, der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien und mehrerer anderer gelehrten Gesellschaften Mitgliede. Erlangen 1860.

Besprochen von Dr. *A. E. Flechner*, k. k. Landesgerichtsarzte.

(Schluss.)

Der fünfte Abschnitt handelt von den Exsudations-Zuständen, von der Tobsucht nämlich und dem Wahnsinne; die erstere wird gleich der Melancholie als Grundstörung, der Wahnsinn als aus diesen beiden hervorgehend erklärt; auch die Erklärung, dass alle Bewegungen in der Tobsucht spontan, unwillkürlich seien, ist eine individuelle; wir glauben, dass sie, wie das laute Reden, Schreien Lachen, Weinen durch rasch wechselnde Vorstellungen, Hallucinationen und Gefühle, folglich nicht spontan, gleich Krämpfen, sondern willkürlich, hervorgebracht wurden, wenn auch gleichzeitig einige krampfhafte Bewegungen, Zuckungen, dabei vorhanden sein können. Der Wille für sich hat hier dieselbe Stellung, wie bei Geistesgesunden, nur wird er bei diesen durch richtige Vorstellungen und Wahrnehmungen, beim Tobsüchtigen durch schnell wechselnde, krankhafte Vorstellungen, Gefühle und Sinnestäuschungen geleitet. Auch bei der richtigen Annahme von hier zu Grunde liegenden Veränderungen im Gehirne halten wir unsere Ansicht aufrecht, denn diese bringen ja nicht unmittelbar die exorbitanten Bewegungen, das Schreien, Schimpfen und den Zerstörungstrieb hervor, sondern sie bedingen erst die Hallucinationen, irrigen Vorstellungen, und diese rufen dann die Willensäusserungen herbei. Bei der Beachtung der wesentlichen Momente der Tobsucht gibt Verf. den verschiedenen Eintheilungen derselben nur einen untergeordneten Werth, zieht sie jedoch von der Manie sine delirio Pinel's stufenweise in Betrachtung, namentlich mit Rücksicht auf die in den einzelnen Arten hervorragenden Triebe. Das Delirium tremens (verschieden von Dipsomanie) wird als bei den Praktikern ohnediess mehr bekannte Form nicht näher erörtert, dessen Mehrzahl V. auch nicht für das Irrenhaus geeignet erklärt. Das erhöhte Selbstgefühl der Tobsüchtigen wird hervorgehoben, der Puerperal- und Typhomanie gedacht, wobei es vielleicht am Platze gewesen wäre, in den Einfluss des Typhus auf später sich entwickelnde Geistesstörungen einzugehen. Den Verlauf skizzirt V. kurz und richtig, widerlegt die Ansichten in gewissen Kreisen, das Zurücktreten anderer allgemeiner Krankheitsprocesse, fordert zu genauen Untersuchungen auf und mit Rücksicht auf den Umstand, dass Tobsüchtige in der ersten Zeit zu Hause behandelt werden, liefert er schätzenswerthe prognostische und therapeutische Anhaltspuncte, wobei Venaesectionen im Allgemeinen verworfen, Häutreizen nur eine beschränkte Anwendung zugestanden, die Digitalis mehr als Opium empfohlen wird.

Den Wahnsinn betrachtet Verf. stets als von Melancholie oder Tobsucht hervorgehend, indem im letzteren Falle die flüchtigen Wahnvorstellungen sich mehr fixiren, im ersteren dagegen die schwermüthige Stimmung durch weitere Veränderungen im Gehirne in eine heitere und das gedrückte Selbstgefühl in ein übermässig gehobenes und in Selbstüberschätzung übergeht.

Pie Prognose ist nach Verf. beim Wahnsinn stets ungünstiger, als bei Melancholie und Tobsucht. Der Uebergang des Wahnsinns in Verrücktheit und Blödsinn beim Schwinden des erhöhten Selbstgefühls ist richtig, aber die Ansicht, dass die Wahnideen im erhöhten Selbstgefühl wurzeln, verliert dann an Haltbarkeit, weil sonst mit dem Schwinden des erhöhten Selbstgefühles auch die Wahnideen schwinden sollten, was doch in der Erfahrung häufig nicht stattfindet.

Die dem Zwecke der Schrift nur in kurzen Umrissen gemachten Bemerkungen bezüglich auf Verlauf der Prognose und Behandlung, zeigen den erfahrenen Irrenarzt. Eine rationelle, den jeweiligen Zustand des Gehirnes berücksichtigende Behandlung wird bei der Unvollständigkeit der diessfälligen Kenntnisse wohl durch eine umsichtige, die gegestörten somatischen Functionen beachtende und zugleich entsprechende moralisch-psychische Behandlung angemessen ersetzt werden müssen. —

Der sechste Abschnitt bespricht die psychischen Schwächezustände, nämlich die Verrücktheit und den Blödsinn. Die erstere äussert sich als die Folge der früheren drei Irrsinnsformen und ist nach V. eine Störung der Intelligenz, wo die Wahnvorstellungen verbindungslos und der früheren Grundlage, nämlich der schmerzhaften Verstimmung der Melancholiker oder des erhöhten Selbstgefühls der Tobsüchtigen und Wahnsinnigen entbehren, und bildet gleichsam das Zwischenstadium, die Uebergangsbrücke von den obigen Formen zum Blödsinn. Uns scheint die Aufstellung dieser Form nicht streng geboten, da die ihr zugehenden Fälle füglich theils dem Wahnsinne, theils dem Blödsinne subumirt werden könnten, doch hat sie allerdings etwas für sich und macht die Zusammenreihung der Formen etwas bequemer, da man allerdings zuweilen im Zweifel

sein könnte, ob man den Fall als Wahnsinn oder Blödsinn erklären soll; auf die Behandlung hat sie wohl keinen wesentlichen Einfluss. V. gibt einige praktische Züge der diesem Stadium zugehörenden Kranken, hebt deren Sinnes-Delirien hervor, ihr eigenthümliches Benehmen, den häufigen Sammeltrieb, ihr eigenthümliches Sprechen und die häufig sich zeigende bessere körperliche Ernährung hervor.

Vom Blödsinn zieht Verf. den angebornen nicht in Betrachtung, sondern nur den erworbenen, und läugnet selbst hier auch nicht eine zuweilige, primäre Entstehung. Er zeigt sich als exaltirter (Verwirrtheit) und als apathischer; auch andere Zwischenformen werden angedeutet. Sehr richtig weist Verfasser auf die leichte Verwechslung des primären apathischen Blödsinns mit der Melancholia cum stupore hin, und die meisten angeblichen Heilungen des Blödsinns beruhen auf dieser Verwechslung. Zur primären gehört auch der senile Blödsinn; der Exaltirte folgt häufiger aus Wahnsinn, der Apathische aus Melancholie, beide übergehen übrigens im weiteren Verlaufe in gänzlichen psychischen Verfall, wo endlich Muskellähmungen und der Tod ein Ende machen.

Dem paralitischen Blödsinne wird seiner Eigenthümlichkeit wegen ein eigener Abschnitt gewidmet; insbesondere wird die durch Rokitansky's Forschungen erkannte eigenthümliche Wucherung der Bindegewebssubstanz und ihr zerstörender Einfluss auf die Nervenröhrchen gewürdigt, dann der Verlauf der Krankheit nach ihren drei Stadien, sowohl nach den physischen Erscheinungen, als denen im Muskelapparate geschildert, und bezüglich auf Prognose und Therapie eine Andeutung gegeben. Der darauf folgende Abschnitt hat die Erörterung des Verhältnisses der Epilepsie zu Geistesstörungen zum Gegenstande, wobei gleichwie im Laufe des ganzen Werkes Beispiele und Ergebnisse aus eigener und fremder Erfahrung knrz mitgetheilt werden.

Der neunte und letzte Abschnitt erörtert die bei Geistesstörungen beobachteten pathologisch-anatomischen Zustände. V. rühmt zwar an, dass jede Seelenstörung in gewissen Veränderungen der Gehirnsubstanz begründet sei, zweifeit jedoch in einer grossen Anzahl von Fällen an der Auffindung anatomischer Veränderungen in den Nerven-Centris, noch weniger ist es bisher möglich, bestimmte Sections-Ergebnisse für bestimmte Irrseinsformen anzugeben, daher Verf. den anderen Weg der Betrachtungen einschlägt, nämlich die pathologische Anatomie des Gehirnes und seiner Hüllen und den Zusammenhang pathologischer Zustände anderer Organe mit Geistesstörnngen zu beleuchten und daraus dann die wesentlichsten Schlussfolgerungen zu ziehen. Wir verweisen diessfalls auf das Werk selbst, welches in diesem Theil die gediegenen Beobachtungen Dr. Klob's benützt hat und entnehmen nur aus den Schlussfolgerungen, dass in den mit Aufregungszuständen combinirten Irrsinnsformen, vorzugsweise Gehirnhyperämien, in der Melancholie und Verrücktheit aber Anämie, ferner, dass in den heilbaren Formen meist nur Ernährungsstörungen ohne tieferer Desorganisation oder Gewebsmetamorphose, bei den unheilbaren aber das Gegentheil stattfindet. Bei Betrachtung des Einflusses oer Abnormitäten anderer Organe auf das Entstehen von Psychosen zeigt und empfiehlt Verf. Vorsicht, auch werden einige diessfalls vorhandene Ansichten widerlegt, andere durch die gewonnen Sectionsergebnisse begründet, so z. B., dass die linkseitige Herzhypertrophie häufiger mit Exaltations-, die rechtseitige mit mit Depressionsformen verbunden sei! Von einer grösseren Würdigung des Harnapparates von Seite der Irrenärzte erwartet Verf. in der Zukunft Resultate.

Wir schliessen unsere Besprechung mit der schon im Eingange ausgesprochenen Anerkennung, empfehlen das Werk unseren Collegen und müssen es um so willkommener heissen, da gerade im Felde der Psychiatrie die wissenschaftlichen Producte unseres Vaterlandes bisher noch spärlich sind. Vielleicht wird V. durch die gute Aufnahme dieses Vorläufers sich veranlasst finden, nach einigen Jahren mit neuen Erfahrungen als Leiter einer Irrenanstalt bereichert, ein umfassenderes Werk nachfolgen zu lassen.

Feuilleton.

Studie über das Militär-Sanitäts-Wesen in Oesterreich.

Von einem k. k. Oberarzte.

I.

Das Militär-Sanitäts-Wesen steht in Oesterreich unstreitig auf einer hohen Stufe der Ausbildung, und hat namentlich vor Ausbruch des letzten italienischen Krieges durchgreifende Reformen erlebt. Wenn der Schreiber dieses es dennoch wagt, eine weitere Fortbildung desselben — weigstens in einzelnen Puncten — zu erörtern, so kann ihn dazu nur die Liebe für seinen Beruf und der Eifer für die Sache ermuthigen, da er sich wohl bewusst ist, von seinem beschränkten Gesichtskreise aus seine Ideen weder allseitig begründen, noch im Einzelnen erschöpfend darlegen zu können. Dass er hiebei hauptsächiich nur die Feldärzte bezüglich ihrer Stellung und Wirksamkeit im Auge hat, ist einerseits in seiner Eigenschaft als Feldarzt, andererseits darin begründet, dass ihm dieser Standpunct auch als der günstigste für die Beurtheilung des Sanitätswesen als Ganzes erscheint.

Als einer der wesentlichsten Puncte ist zuerst die Frage zu erörtern, ob nicht die Annahme des Grundsatzes zeitgemäss wäre, künftig nur vollkommen ausgebildete Aerzte — Doctoren der Heilkunde — in die feldärztliche Branche aufzunehmen. Der Schreiber dieses glaubt nämlich mit der aus dem ganzen Entwicklungsgange der feldärztlichen Branche sich ergebenden Ueberzeugung nicht allein zu stehen, dass die Annahme des obigen Grundsatzes kaum mehr eine Frage des Princips, sondern nur eine Frage der Zeit sei.

Im Principe nämlich wäre eine Eintheilung der Aerzte in solche höherer Kategorie — Doctoren — und niederer Kategorie — Chirurgen — nur dann gerechtfertigt, wenn man annimmt, dass es zweierlei Arten der Wirksamkeit eines Feldarztes gibt, so dass den Feldärzten höherer Kategorie ausschliesslich die höheren, denen niederer Kategorie ausschliesslich die niederen Functionen anvertraut würden.

Abgesehen davon, dass sich schwer oder gar nicht eine solche Gränze zwischen höheren und niederen ärztlichen Dienstleistungen ziehen lässt, steht schon die gegenwärtige Dienstes-Praxis in vielen Fällen in directem Widerspruch mit einer solchen Annahme.

So z. B. ist bei einer Sanitäts-Compagnie als Chefarzt ein Regimentsarzt, der auch alle jene Dienstesverrichtungen mit auszuüben hat, welche sonst den Unterärzten obliegen, und es ist gewiss noch keinem dieser Herren Regimentsärzte eingefallen, dieselben unter ihrer Würde zu finden. Dasselbe ist bei mehreren Anstalten der Fall, wo nur allein ein Regiments- oder Oberarzt systemisirt ist.

Anderseits sind bei mehreren Armeeanstalten, wie bei den Beschäl- und Remontirungs-Commanden u. s. w. Oberwundärzte, somit Chirurgen, als Chefärzte angestellt, haben also principiell denselben Wirkungskreis wie Regimentsärzte.

Das System ist also auch jetzt nicht consequent durchgeführt, und lässt sich auch nicht derart durchführen.

Was in obigen Fällen derzeit systemmässig ist, wiederholt sich in sehr zahlreichen Fällen als Ausnahme, durch die Dienstesverhältnisse geboten, dass nämlich ein Ober- oder auch Regimentsarzt zugleich den subalternen, unrichtig sogenannten niederen Dienst versieht, oder ein Oberwundarzt oder Unterarzt einen selbstständigen, namentlich oft als Bataillons-Chefarzt.

Sind aber die Wundärzte geeignet, als selbstständige Aerzte, Chefärzte, zu wirken, so ist es eine Härte, denselben die Beförderung

nur bis zum Oberwundarzt offen zu erhalten, sie müssten consequenterweise allenfalls bis zum Regimentsarzt vorzurücken, die Möglichkeit haben.

Die Gründe aber, welche an massgebender Stelle zur Ziehung dieser Gränze des Avancements bestimmten, waren gewiss vom grössten Gewicht, und dieses Gewicht kann seit jener Entscheidung nur eher zu, nicht abgenommen haben, insbesondere desshalb, weil der wichtigste, die unbestreitbar unvollkommenere Ausbildung der Wundärzte gegenüber dem raschen Fortschritt der Arzneiwissenschaft nur umsomehr hervortritt.

Dagegen könnte vielleicht eingewendet werden, dass die restaurirte Josefs-Akademie Unterärzte bildet, die, was ihre Vorbildung und Ausbildung betrifft, die Zöglinge der Civil-Chirurgenschulen überragen, was dadurch begründet werde, dass zuerst die sogenannten »Gelernten« wegfallen, die Zöglinge des niederen und höheren Lehrcurses mehrere wichtige Gegenstände gemeinschaftlich hören, den Kliniken vielleicht ein reichlicheres Materiale zu Gebote stehe als manchen Civil-Lehranstalten, die Lehrmittel reichlich vorhanden seien, u. dgl.

Aber selbst diess zugegeben, steht eine unwiderlegbare Thatsache der durchgreifenden Bedeutung dieses Einwandes entgegen, dass nämlich die Josefs-Akademie trotz ihrer munificenten Ausstattung den Abgang an Unterärzten nicht zu decken vermag, wovon ein einfacher Vergleich des Abganges zu der wirklichen Zahl der Zöglinge, die jährlich absolviren, den Beweis gibt. Warum aber in den niederen Lehrcurs der Akademie dennoch nicht die erforderliche Zahl eintritt, andererseits so viele Unterärzte aus ihrer Stellung loszukommen suchen, austreten, die Einberufung an den thierärztlichen Curs anstreben u. dgl., zeigt ein Einblick in die dermalige Stellung der Unterärzte. (Fortsetzung folgt.)

Journalauszüge.

Dr. Maxim. Legrand in einer gründlichen Auseinandersetzung der Krankheitszustände, die mit dem Namen Grippe bezeichnet werden, gibt bei der Therapie einen entschiedenen Vorzug der Behandlung von in die Länge ziehenden Katarrhen mit Terpenthin, indem Baumwollstückchen mit Terpenthinöhl getränkt und in eine neue Pfeife glegt werden, so dass die Dämpfe eingesogen werden können, ja sogar dem Volksmittel: getheertes Papier zwischen den Schultern zu tragen wird sehr das Wort geredet. Innerlich Belladonna mit Laudanum, besser noch Syrup. diacodii mit Aqua Laurocerasi. Gegen Anginen mit blosser Röthung, stark mit Essig angesäuertes Gerstenwasser zum Gurgeln, bei intensiveren Graden statt Essig Boraxlösung, oder endlich Salzsäure. — Gegen Coryza wird nach Piorry das bekannte Volksmittel des Auspinselns der Nase mit Oehl gerühmt. —

Dr. Gendron bespricht ausführlich die in den letzten Monaten 1859 in Paris herrschende Croupepidemie und hebt hervor, dass die Behandlungsarten anfangs äusserst verschieden und ohne leitende Grundsätze waren, bis sich als das sicherste die täglich 2—3mal wiederholten Aetzungen mit Nitras argenti in Substanz oder bei tiefern Stellen mit einem Schwämmchen an einem Fischbeinstabe mit Lapislösung oder Perchloretum ferri getränkt, und zwar wurden nicht bloss die Schorfe sondern nach Abstossung derselben auch die wunden Flächen geätzt. —

Natürlich schützt diese Behandlung nicht immer vor Folge-Krankheiten von denen am öftesten Morbus Brightii, und auch Dysphagie beobachtet wurde, letztere nicht bloss in Folge Lähmung der Rachenmuskeln sondern durch wirkliche Verengerung der ebenfalls vom Croup ergriffen gewesenen Speiseröhre. — Bei sehr dringenden Fällen, bei grosser Athemnoth, wo auf Cauterisation und Aushusten der Schorfe nicht gewartet werden konnte, machte der Verfasser auch mehremale die Laryngotomie mit Einlagen einer 2klappigen Canule, welcher grosse Vortheile beigemessen werden, dass sie sich nähmlich nicht verstopft, wenn grössere Stücke der Pseudomembran ausgehustet werden und dass sie, sobald der Larynx frei wird, das Athmen durch denselben frei gestattet, abgesehen davon, dass sie in geschlossenem Zustande sehr leicht einzuführen ist. (Aus der Revue med.)

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Dem Secundargeburtsarzte in Graz, Dr. Max Rossi wurde für die entsprechende Versehung der Dienstverrichtungen eines Assistenten der Gebärklinik daselbst im Studienjahre 1860 eine Remuneration von 105 fl. Oe. W. bewilligt.

Gesundheits-Verhältnisse Wien's. Im k. k. allgem. Krankenhause wurden vom 4. bis 10. September inclusive 315 Kranke, um 11 weniger, als in der Vorwoche, aufgenommen. Der Krankenstand variirte zwischen 1660 und 1704 und war am 10. d. M. 1660 (928 Männer, 732 Weiber). Die Zuwächse treffen zumeist Katarrhe der Verdauungsorgane und Tuberculose.

Mortalitäts-Ausweis für Wien vom August 1860. Die Zahl der Sterbefälle war in diesem Monaate um 158 geringer, als im Vormonate und betrug 1077, wovon 563 dem männlichen und 514 dem weiblichen Geschlechte angehörten. Die tägliche Durchschnitts-Mortalität war 34.7, während sie im Juli 39.8 und im August v. J. 50.7 betragen hatte. In den Heil- und Humanitätsanstalten waren 424 oder 40.2 Proc. aller Todesfälle verstorben. Von den epidemischen Krankheiten waren Masern mit 2 Todesfällen um 4, Blattern mit 3 um 1, Scharlach mit 17 um 7, Dysenterie mit 9 um 2 Todesfälle in Abnahme, der Typhus dagegen mit 51 Verstorbenen um 10 in Zunahme. An Pneumonie sind 24, um 4 weniger und an der Lungen-Tuberculose 204, um 70 weniger, als im Juli, gestorben.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Pensionirt:

StA. Dr. Anton Steingassner vom Garn.-Spit. in Triest.
RA. Dr. Johann Gschladt vom 27. Inf.-Rgt.
» Dr. Wolfgang Feigl » 29. »
OWA. Ferdinand Reitzes » 69. »
» Philipp Beer » 6. Husar.-Rgt.
» Johann Soldan » 9. »
UA. Benedict Frauendorfer vom 7. Inf.-Rgt.
» Mathias Kovatsits vom Garnis.-Spit. in Venedig.
» Jacob Eisenschimmel vom 65. Inf.-Rgt.

Errata. In Nr. 36 ersuchen wir zu verbessern: In der Ueberschrift der Mittheilung A. statt wundärztlicher ist zu lesen »psychiatrischer«, ferner S. 589 Z. 18 v. u. kommt zu lesen »der Kiemen« statt des Kiemen, Zeile 17 v. u. »Harncanäle« statt Haargefässe, endlich Seite 590, Zeile 26 v. o. statt dem soll stehen »der«, Z. 27 statt hervorgezauberte »hervorgezauberten«, Z, 28 statt Jedem »jedem«, statt ehren »wiederkehren«, Z. 36 soll stehen »Balsamiren«.

Anzeige an unsere Leser.

Die Tagesberichte, betreffend die Naturforscherversammlung in Königsberg, werden in der nächsten Nummer erscheinen.

Diejenigen P. T. Herren Pränumeranten, deren Pränumeration mit Ende September ablauft, werden ersucht, dieselbe baldmöglichst zu erneuern, damit in der Versendung des Blattes keine Unterbrechung stattfinde.

Druck von Anton Schweiger in Wien.

Hiezu die Fortsetzung der ausserordentlichen Beilage.